





**CHẤP THUẬN NGOẠI LỆ VỀ HỒ  
TRỢ GIA ĐÌNH CỦA DDD  
THÍNH CẦU ĐIỀU GIẢI**  
Chiếu theo Chương 388-02 của DSHS về các  
điều lệ điều giải.

FOR AGENCY USE ONLY

Oral request taken by:

NAME

TELEPHONE NUMBER

INVOLVED DIVISION/ORGANIZATION

**GỬI ĐẾN:** OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARING (OAH), MAIL STOP: 42489  
PO BOX 42489  
OLYMPIA WA 98504-2489

**SỐ FAX:** 360-586-6563

Tôi thỉnh cầu một buổi điều giải bởi vì tôi không đồng ý với dịch vụ sau đây hoặc quyết định của nơi chăm sóc sức khỏe bởi  
Nhà Trợ Giúp Tàn Tật (DDD).

TÊN CỦA QUÝ VỊ (XIN VIẾT CHỮ IN)

NGÀY SINH

ĐỊA CHỈ CỦA NGƯỜI THÍNH CẦU ĐIỀU GIẢI

SỐ ID CỦA THÂN CHỦ

THÀNH PHỐ

TIỂU BANG

SỐ BUU CHÍNH

SỐ ĐIỆN THOẠI (NHỚ GHI SỐ VÙNG)

ĐIỆN THOẠI ĐỂ NHẮN

Tôi đã được thông báo về sự quyết định vào ngày: \_\_\_\_\_ bởi: \_\_\_\_\_  
NGÀY TÊN VÀ ĐỊA ĐIỂM CỦA VĂN PHÒNG DSHS

Tôi muốn được tiếp tục hưởng trợ cấp, nếu hợp lệ:  Có  Không Chương Trình: \_\_\_\_\_

Tôi được đại diện bởi (nếu quý vị sẽ tự đại diện cho chính mình, đừng điền vào hai hàng kế tiếp):

TÊN NGƯỜI ĐẠI DIỆN CỦA QUÝ VỊ

CƠ QUAN

SỐ ĐIỆN THOẠI

ĐỊA CHỈ TÊN ĐƯỜNG

THÀNH PHỐ

TIỂU BANG

SỐ BUU CHÍNH

Tôi cho phép tiết lộ các chi tiết về buổi điều giải cho người đại diện của tôi.

CHỮ KÝ CỦA QUÝ VỊ

NGÀY

Quý vị có cần thông dịch viên hoặc những trợ giúp hay phương tiện khác cho buổi điều giải của quý vị không?  Có  Không

Nếu có, xin cho biết ngôn ngữ hoặc loại trợ giúp gì? \_\_\_\_\_

Thẩm Phán Tòa Hành Chánh (ALJ) có thể giải quyết buổi điều giải bằng điện thoại. Nếu quý vị muốn đổi để được điều giải bằng cách đích thân đến gặp, xin làm theo những hướng dẫn trong Thông Báo Điều Giải mà OAH sẽ gửi đến cho quý vị.